

Année 1956

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

A M I E L Armand
né le 23 Juin 1926
à CASABLANCA

Présentée et soutenue publiquement

195

DE L'ANTIBIOTHERAPIE
DANS LA PRATIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIQUE
AU MAROC

Président : Mr le Docteur VARANGOT, Professeur

VAUGIRARD ECLAIR
Imprimeur Mécanographe
12, rue Péclet - PARIS XV°

Armand A M I E L

DE L'ANTIBIOTHERAPIE
DANS LA PRATIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIQUE
AU MAROC

A M E S P A R E N T S

A SON EXCELLENCE le DOCTEUR BENZAQUEN

AU DOCTEUR VARANGOT

Professeur agrégé
Gynécologue accoucheur des hôpitaux

Président du jury de notre thèse

AU DOCTEUR MOLLARET

Professeur de clinique des Maladies infectieuses
Médecin des hôpitaux
Chef de Service de l'Institut Pasteur

AU DOCTEUR PATEL

Professeur agrégé
Chirurgien des hôpitaux

AU DOCTEUR RENARD

Professeur agrégé
Ophtalmologiste des hôpitaux

Membres du jury de notre thèse.

AU DOCTEUR MAYER

Professeur agrégé
Gynécologue accoucheur des hôpitaux

AU DOCTEUR DEJOURS

Professeur agrégé
Maître de Conférence à la faculté

AU DOCTEUR MORENO

AU DOCTEUR CISMIGIU

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Cuillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS :

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale & sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques (Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES(F.)
chirurgicales (Salpêtrière	N...
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE(R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS(D)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)

Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO(P.)
(Hôtel-Dieu	N...
Cliniques médicales (Bichat	N...
(Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-clima- tologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON(L)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques (Baudelocque	N...
obstétricales (Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique & sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale & comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)

Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.
	(DELMAS (A.) pr.s.ch.
Anatomie	(DEBEYRE (J.)
	(OLIVIER ()
	(N...
	(GAUTHIER-VILLARD(Mle P)
Anatomie pathologique . . .	(pr.s.ch.
	(BUSSEY (F.)
	(GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	(NEVOT(A.)
	(N...
	(ETTORI (J.) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(N...
	(N...
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-Syphiligraphie . .	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
	(BULLIARD (H.) pr.s.ch.
Histologie	(N...
	(N...
Hydrologie	N...
	(BOYER (J.) pr.s.ch.
Hygiène	(DEPARIS(M.) pr.s.ch.
Maladies infectieuses . . .	N...
	(DEROBERT (L.) pr.s.ch.
Médecine légale et du	(GAULTIER (M.)
travail	(HADENGUE (A.)
	(N...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N...
	(GRASSET (J.)
	(LEPAGE (F.)
	(MERGER (R.)
Obstétrique	(MORIN (P.)
	(RAVINA (J.)
	(N...
	(N...
	(DESVIGNES (P.)
Ophtalmologie	(N...

Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie . .	(AUBRY (M.)
	(MADURO (R.)
Parasitologie	(CHABAUD (A.)
	(N...
	(ABOULKER (P.)
	(BAUMANN (J.)
	(GOSSET (J.)
	(LAURENCE (G.)
	(LORTAT-JACOB (J.)
	(OLIVIER (Cl.)
	(POILLEUX (F.)
Pathologie chirurgicale .	(VERNE (J.M.)
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
Pathologie expérimentale	(N...
	(N...
	(BERNARD (J.)
	(BOUDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DOMART (A.)
	(LAMOTTE (M.)
	(LAROCHE (Cl.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PEQUIGNOT (H.)
Pathologie médicale	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(JOSEPH (R.)
Pédiatrie	(N...
	(N...

Pharmacologie	(CHEYMOL (J.) pr.s.ch. (LEVY (Mlle J) pr.s.ch.
Physiologie	(BARJETON (D.) pr.s.ch. (PARROT (J.) pr.s.ch. (DEJOURS (P.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.) pr.s.ch. (GOUGEROT (L.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N...
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N...
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.) (CERNEA (P.)
Thérapeutique	N...
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
	(AMELINE (A.)
	(HUGUIER (J.)
	(LEGER (L.)
Clinique chirurgicale	(PADOVANI (P.)
	(PATEL (J.)
	(ROUX (M.)
	(RUDLER (J.C.)
	(SICARD (A.)
	(BROUET (G.)
	(N...
	(DECOURT (J.)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FAUVERT (R.)
Clinique médicale	(HAGUENAU(M) pr.s.ch.
	(HAMBURGER (J.)
	(KOURILSKY (R.)
	(MARCHAL (G.)
	(SOULIE (E.)
	(ESCALLE (G.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.)
	(VARANGOT (J.)
	(OFFRET (G.)
Clinique ophtalmologique	(RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	M.le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
	(Mlles DUMAITRE (P)
	(LAURENT (H.),
Bibliothécaires	(LE NOIR (G.)
	(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE L'ANTIBIOTHERAPIE
DANS LA PRATIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIQUE
AU MAROC

Les circonstances sociales et les usages locaux font d'une Maternité Marocaine comme celle de l'Hôpital Maurice GAUD à Casablanca, un établissement où les urgences "constituent un fait habituel" et spécialement fréquent : on ne s'étonnera donc pas du nombre absolu et relatif particulièrement élevé des cas d'infection sévères que les obstétriciens sont appelés à y observer.

A titre d'indication deux tableaux comparatifs 1 et 2 rendent compte des différentes interventions pratiquées pendant une période de notre internat - de janvier à août 1956. La comparaison entre le nombre de femmes hospitalisées et le nombre des cas infectés semble particulièrement éloquent.

- 135 césariennes sur 133 sont pratiquées sur des femmes infectées, soit 95,5 %.
- 178 forceps sur 214 sont appliqués alors qu'il existait une infection amniotique, soit 83 %.
- 295 curetages sur 416 ont ramené des débris putrides, soit 71 %.
- sur 53 rétentions placentaires ayant nécessité une révision utérine, 25 étaient infectées, soit 47 %.
- 53 interventions gynécologiques, c'est-à-dire grossesses tubaires, fibromes, kystes de l'ovaire, hématosalpinx, rompus, et périnéoraphies, sur 77 traités dans le service ont nécessité l'antibiothérapie, soit 76,5 %.

Mais ce qu'il faut avant tout remarquer dans ces deux tableaux, ce sont :

- le nombre impressionnant de césariennes,
- le nombre élevé de présentations du front et d'épaules négligées,
- le grand nombre de ruptures utérines datant de plusieurs heures dans la majorité des cas,

2
représentatif de la dystocie obstétricale au Maroc.

CAUSES DE L'INFECTION.-

La dystocie est à l'origine de la multiplicité des cas infectés. Ils sont dus avant tout à la :

1°) fréquence des accouchements dits "négligés".

On appelle ainsi tout accouchement non surveillé ou mal conduit soit par négligence, ou par ignorance, soit par l'abus de substances ocytociques ou par manœuvres obstétricales brutales, septiques et inhabiles. Le grand nombre de ces accouchements négligés est entretenu par la persistance des accoucheuses traditionnelles appelées "Kablas" et par l'existence d'une population récemment arrivée dans les villes, ayant conservé ses coutumes rurales. Tel est peut-être l'un des facteurs sociaux qui favorise l'éclosion de l'infection.

A ceux-ci s'ajoutent les éléments déterminant les complications de l'accouchement, c'est-à-dire :

2°) Les viciations pelviennes.

Il semble bien que plus de 30 % de nos parturientes présentent des rétrécissements de la ceinture pelvienne à des degrés variés. Leur étiologie doit être recherchée dans le rachitisme infantile et peut-être aussi dans les syndromes carentiels tels que l'ostéomalacie, les syndromes de Milkman, etc... Pour une seule année le service de médecine femmes et la maternité de l'hôpital ont pu observer plus d'une centaine de cas d'ostéomalacies confirmées radiologiquement et cliniquement.

3°) Les défauts d'accommodation foetale.

Les viciations pelviennes entraînent fatalement des défauts dans l'accommodation foetale. Elles sont donc la cause des dystocies de présentations. Elles peuvent être mineures comme les flexions et déflexions des présentations du sommet, ou majeures comme la présentation de l'épaule dont on ne connaît que

TABLEAU N° 1

MOIS	P R E S E N T A T I O N S									
	SOMMETS		FACES		FRONTS		EPAULES NEGLEGES		SIEGES	
	Cas purs	Cas infectés	Cas purs	Cas infectés	Cas purs	Cas infectés	Cas purs	Cas infectés	Cas purs	Cas infectés
JANVIER	215	16	0	0	1	1	2	2	7	2
FEVRIER	143	17	2	2	1	1	2	2	15	7
MARS	187	21	5	1	2	2	2	2	9	1
AVRIL	209	19	0	0	0	0	1	1	8	5
M A I	206	25	1	1	1	1	0	0	3	3
JUIN	240	30	1	1	1	1	2	2	8	2
JUILLET	250	28	0	0	1	1	2	2	8	6
AOUT	205	16	1	1	0	0	1	1	8	4
TOTAUX	1655	172	10	6	7	7	12	12	56	30

TABLEAU N° 2

Mois	Césariennes		Forceps		Curetages		Embryotomes Gravotomes Basiotriples		Ruptures utérines		Reten- tions placen- taires		Placenta Proevia		Suites de couches patho- logi- ques	Inter- ventions gynéco- logi- ques	
Cas hos- pitalisés I	I		I		I		I		I		I		I			I	
Cas in- fectés II	II		II		II		II		II		II		II			II	
JANVIER	17	15	27	23	51	47	2	2	0	0	10	4	1	1	17	15	13
FEVRIER	14	14	31	30	50	41	2	2	3	3	17	16	5	4	26	11	6
MARS	10	10	34	30	55	31	4	4	2	2	6	6	3	3	24	5	4
AVRIL	12	12	22	18	40	28	6	6	2	2	12	8	2	1	7	7	7
M A I	14	14	24	12	50	37	5	5	2	2	13	6	3	3	14	6	2

TABLEAU N° 2 (suite)

Mois	Césariennes	Forceps	Curetages	Embryotomies Graniotomies Basiotripies	Ruptures utérines	Reten- tions placen- taires	Placenta Proevia	Suites de couches patho- logi- ques	Inter- ventions gynéco- logi- ques
Cas hos- pitalisés I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Cas in- fectés II	II	II	II	II	II	II	II		II
JUIN	10 10	22 19	48 32	2 2	2 2	8 4	4 2	11	2 5
JUILLET	32 32	24 17	52 46	2 2	0 0	6 4	2 1	21	9 7
AOUT	26 26	30 29	70 63	2 2	2 2	5 5	5 4	16	18 15
TOTAUX	135 133	214 178	416 295	25 25	14 14	53 25	25 19	136	77 59
	98,5%	83 %	71 %	100%	100%	47 %	76 %		76,5%

trop la gravité, surtout lorsqu'elle est négligée.

4°) Les obstacles de la descente ou du dégagement de la présentation ont pour résultats deux conséquences :

- Empêchement ou retard de l'accouchement spontané.
- Ecllosion de l'infection puerpérale, même s'il n'y a pas eu d'interventions manuelles douteuses et septiques. Il arrive fréquemment qu'une quabla laisse se prolonger un accouchement même normal pendant deux et trois jours : un travail long et pénible, une parturiente fatiguée, retarderont l'expulsion du fœtus, favorisant ainsi l'infection amniotique.

Les deux premiers tableaux comparatifs nous permettent de diviser ces cas infectés en deux grandes catégories.

A. OBSTETRIQUE

I - Cas où l'infection est manifeste.

- a) Tous les accouchements négligés,
- b) les épaules négligées,
- c) les infections de l'oeuf,
- d) les présentations du front,
de la face,
des sommets négligés,
- e) les ruptures utérines,
- f) les déchirures des culs-de-sacs vaginaux.

II - Cas où l'infection est incertaine.

- a) les procidences du cordon,
- b) les placenta proevia,
- c) les oedèmes du col résultant d'un travail long et pénible.

III - Les suites de couches pathologiques.

a) Les rétentions placentaires,

depuis la petite rétention placentaire après un avortement de 2 ou 3 mois jusqu'à la grosse rétention placentaire après un accouchement difficile datant de quinze jours et plus.

b) les Endométrites,

c) les collections annexielles,

d) les phlegmons d'un ou des ligaments larges.

B. GYNECOLOGIE

I - Les infections aiguës :

annexites
pyosalpinx
avortements tubaire infectés

II - Les infections chroniques :

métrites
cervicites

Ces dernières sont rarement hospitalisées. Elles sont dirigées sur les dispensaires qui les traitent à titre externe par antibiothérapie associée (traitement dit de cinq jours).

RAPPEL BACTERIOLOGIQUE

Il est classique d'affirmer que la majorité des infections puerpérales sont occasionnées par des germes cocci gram positif principalement le streptocoque. Cependant une flore diverse, composée de cocci gram négatif est souvent isolé.

GRAM POSITIF :

Streptocoque hémolytique
virridans
non hémolytique

Staphylocoque chromogène doré
citrin
non chromogène dit blanc

Entérocoque

GRAM NEGATIF :

Entérobactéries colibacille
paracoli

accessoirement aérobacter
Salmonelli
Eberth
Shigella

Proteus Morgani
Rettgeri

Il est évident que devant une telle fréquence de l'infection puerpérale constatée dans les maternités au Maroc, notre attention ait été attirée en premier lieu par les résultats obtenus grâce aux traitements actuels de la mycothérapie. Aussi avons-nous estimé intéressant d'en faire l'objet de notre thèse et de montrer dans les limites d'une expérience marocaine les propriétés et la valeur de chaque antibiotique dans la thérapeutique anti-infectieuse.

HISTORIQUE.-

Nous sommes loin du XIXe siècle où la mortalité due à l'infection puerpérale est très élevée.

Krausse enregistre 210 décès sur 338 femmes césariées entre 1750 et 1839, soit une proportion de 62 %. C'est pourquoi à cette époque seule la voie basse est utilisée. L'accouchement prématuré provoqué et même l'embryotomie sur enfant vivant sont parmi les thérapeutiques employées dans les cas de bassins rétrécis.

Plus tard la symphysiotomie reconnaît la faveur des accoucheurs. Pinard déclare en 1892 au Congrès de Macon que "l'Embryotomie sur enfant vivant a vécu, l'opération césarienne deviendra de plus en plus rare". Certes cette technique permet de réduire la mortalité. Mais les résultats post-opératoires mater-

nels sont très mauvais : l'élargissement du bassin fait de la mère une infirme qui a toutes les peines à se mouvoir.

La solution idéale apparaît au début du XXe siècle lorsque la technique d'hystérotomie supra symphysaire est mise au point. La mortalité maternelle chute rapidement. Elle est de 5 % dans les cas purs, de 7 % dans les cas impurs (Statistique de Jeannin en 1927). Mais ces chiffres augmentent sérieusement quand il s'agit de césariennes faites in extremis sur des femmes infectées : 66 % de mortalité pour Brindeau. Quant aux suites opératoires il faut compter 21 % de phlébites et 20 % de morbidité chez les accouchées normales. Les seules armes thérapeutiques de l'époque sont l'abcès de fixation, le vaccin polyvalent de Delbert et l'injection intra-utérine avec la solution de Tarnier.

Entre 1936 et 1945, les sulfamides sont venus améliorer les statistiques de mortalité. Commentant une série de 40 cas de césariennes tardives, Cismigiu en 1946 indiquait dans un tableau les indices de mortalité et de morbidité maternelles publiées dans différents pays (Tableau n° 3).

Mais seuls les antibiotiques ont permis d'obtenir des résultats meilleurs jusqu'alors inconnus. Ils ont même influencés les indications opératoires en bouleversant certains dogmes obstétricaux jusqu'alors considérés comme règles d'or immuables.

I. L'ANTIBIOTHERAPIE.-

A transformé le pronostic des maladies infectieuses par son action puissante et l'évolution écourtée de la maladie.

Mais peut-on considérer l'antibiothérapie comme l'arme la plus efficace et la plus idéale dans la lutte contre l'infection ?

Le problème thérapeutique qui au début de l'ère antibiotique était simple s'avère actuellement de plus en plus difficile.

TABLEAU N° 3

AUTEURS	Nbr. cas	CAS IMPURS			MORTALITE MATERNELLE		MORBIDITE MATERNELLE		MORTALITE FOETALE	
		St.I	St.II	St.III	St.I	St.II	St.I	St.II	St.I	St.II
P. RAMOS		113	32	9	1,77%					
R. BELLO	154	73,78%	20,7 %	5,84 %		3,13 %				
TURENNE	44	7	37		0 %				28 %	
R. CASSO	172				4,06%		21,6 45,5			
DIGONNET	281	125	33		7 5,6%	3 9,09%				
BUE-PALLIEZ	131	84	22		17 %	15 %			0	4
LEPAGE, BRET, KERUZORE		51	17		0	11,7%	13,7%	11,7%		
COHEN		323	113		2,7%	16 %	14,5%	52,6%		
PEYTAVIN	72	14	26		0		35,71%	34,6%	0	1
PORTES, MAYER, LEMERRE	304	287 141	17 111		0,7% 3%	0 %	28 %			

Il est des cas où les données simples de la clinique contrôlées ou non par le laboratoire suffisent à administrer un traitement actif.

Mais il existe d'autres cas de plus en plus nombreux qui montrent le désarroi du clinicien, cas où malgré l'appui du laboratoire le traitement se termine par un échec des antibiotiques, malgré la multiplicité des essais.

Cette constatation est de première importance et si elle modère notre enthousiasme du début, elle soulève par contre des problèmes dont l'importance n'est plus à souligner.

Ce sont :

- l'aide du laboratoire et ses limites : problème des spectres d'action,
- la résistance acquise des germes vis-à-vis des antibiotiques, problème des associations synergiques,
- les complications de l'antibiothérapie,
- les corrélations hormonales et nerveuses.

Nous nous proposons de communiquer dans ce travail les résultats obtenus dans la Maternité M. Gaud de Casablanca relatifs à ces problèmes.

Parmi les antibiotiques employés à la Maternité M. Gaud, nous avons surtout utilisé :

la Pénicilline
la Streptomycine
la Terramycine
le Chloramphénicol ou chloromycétine

et depuis quelque temps la Spiramycine ou
Rovamycine
la Sanclomycine ou
Tétracycline

Les deux premiers, antibiotiques remarquables, se trouvent parfois limités pour des raisons de spectres pour l'un, de toxicité et de résistance pour l'autre. Ce sont les besoins en antibiotiques à larges spectres qui firent naître les suivants : la terramycine,

la chloromycétine et dernièrement la Sanclomycine. Seule la rovamycine possède parmi les derniers antibiotiques sortis, un spectre bactérien relativement restreint, puisqu'il s'exerce principalement sur les cocci gram positifs.

Nous nous proposons d'étudier seulement l'action du groupe Pénicilline, streptomycine, celle des deux derniers Spiramycine et Sanclomycine et enfin l'association propidon, sulfamides et antibiotique.

Avec un tel arsenal thérapeutique il est possible dans bien des cas de subordonner une thérapeutique à un syndrome clinique même de pouvoir fixer à l'avance une thérapeutique standard s'appuyant sur l'antibiotique ou l'association les plus habituellement actifs dans le cas considéré.

Mais cette attitude excusable devant une urgence, ne l'est plus dès que le temps permet d'attendre le titrage d'antibiotiques ou tout autre examen de laboratoire.

Que peut-on attendre actuellement du laboratoire ? Quelle est la valeur des résultats obtenus ?

AIDE DU LABORATOIRE

Le travail fait par M. Jolly et collaborateurs dans le laboratoire régional de bactériologie de Casablanca sur 507 souches microbiennes est significatif.

" Le laboratoire étudie l'action des antibiotiques
 " sur des germes séparés de l'organisme vivant, développés sur un milieu inanimé et ne subissant plus
 " les autres réactions des défenses humorales de l'organisme favorables ou défavorables à leur pullulation; de même que l'on ne peut observer non plus
 " la plus ou moins grande nocivité de ces antibiotiques sur les cellules humaines elles-mêmes.

" Ces réserves étant faites... il est légitime et profitable de s'adresser à cette méthode d'observation pour avoir un élément de base solide à l'interprétation générale de la complexité des faits
 " que nous présente l'observation clinique des malades"

L'observation n° 486 fait ressortir le rôle d'indication de l'antibiogramme.

- Accouchement gemellaire, membranes rompues, peu de signes d'infection amniotique. Le deuxième jour après l'accouchement, température 40°1 à grandes oscillations du type septicémique. Spiramycine 3 g par jour pendant 8 jours, dans l'attente de l'identification du germe et de l'antibiogramme : "Prélèvement du col utérin. Pus à polynucléaires, riche flore microbienne variée, bacille gram - et diplocoque gram +". Test de sensibilité sur l'ensemble des germes : résistance à tous les antibiotiques. Formule blanche 17.400 leucocytes.

Le cinquième jour, la malade est subfébrile. Au toucher l'utérus est mal involué. L'abdomen est tendu, douloureux. Il existe une masse annexielle gauche. On hésite entre un pyosalpinx et un phlegmon du ligament large.

L'exploration digitale faite 3 jours plus tard ne permet pas de découvrir de communication entre l'utérus et le ligament large.

La laparatomie décidée montre qu'il s'agit d'une collection purulente de l'annexe gauche et du ligament large ; le processus inflammatoire avait même gagné la gaine des vaisseaux iliaques. Section d'adhérences avec le colon sigmoïde. Tubo-ovairectomie gauche. Drainage par méchage de la fosse iliaque gauche. Un prélèvement de pus local est fait; à l'examen il n'existe pas de germe, la culture est stérile. Suites opératoires normales.

La mise en évidence des spectres d'activité permet à M. Jolly de diviser les antibiotiques en 3 catégories :

- les antibiotiques n'agissant que sur les germes cocci gram +. Ils nous intéressent tout particulièrement. Ce sont : la pénicilline et la Spiramycine. La fréquence d'activité est de :

25 à 35 % pour la pénicilline
28 à 50 % pour la spiramycine

- les antibiotiques agissant sur l'ensemble des

espèces microbiennes : la chloromycétine et la terramycine. La fréquence d'activité est de :

50 à 80 % pour la chloromycétine
 40 à 55 % sur les cocci gram +
 75 à 30 % sur les bacilles pour la Terramycine

- la streptomycine, très irrégulière.

Mais quelque soit la fréquence d'activité de l'antibiogramme, l'expérience montre que :

- dans les meilleures conditions, les meilleurs antibiotiques n'atteignent sur aucune espèce de germe microbien 100 % de succès. Il reste toujours au minimum environ 40 % de ces germes qui résistent à leur action, sans que l'on puisse prévoir à l'avance si le germe précis auquel le thérapeute doit s'attaquer sera ou non sensible à cet antibiotique.

- Chaque germe microbien dans une même espèce garde son individualité de comportement vis-à-vis de chaque antibiotique.

Voici deux exemples de résistance acquise : observation 945 suites de couches pathologiques, ponction du douglas.

Staphylocoque doré. Test aux antibiotiques.

Série I : Pénicilline	++++	Auréomycine	o
Streptomycine	++	Terramycine	o
Tifomycine	+++	Spiromycine	++

Observation 3071.- Péritonite du post abortum. Ponction du douglas.

Staphylocoque doré. Test aux antibiotiques.

Série I : Pénicilline	+++	Auréomycine	+++
Streptomycine	+	Terramycine	+++
Tifomycine	++	Spiromycine	+

Le laboratoire ne permet pas de préjuger du comportement d'un germe en particulier. Il arrive que

l'antibiotique après une inhibition de quelques heures agisse en sens contraire, favorisant la pullulation microbienne in vitro.

Aussi, faut-il tester chaque germe individuellement.

- Les antibiotiques introduits dans l'organisme exercent leur action indifféremment sur les germes pathogènes et les germes saprophytes.

Il faudra donc manier prudemment les antibiotiques à grandes puissances, car s'ils agissent efficacement sur le germe pathogène, ils agissent aussi sur la flore saprophyte physiologique (intestinale, orale) utile au bon fonctionnement métabolique.

C'est pourquoi devant toutes infections nécessitant un traitement d'urgence, il serait souhaitable, en attendant les résultats des examens du laboratoire, d'employer les antibiotiques à spectres étroits tels que pénicilline, rovamycine et streptomycine même.

LA RESISTANCE BACTERIENNE

Martin et Chabbert, étudiant 105 souches différentes de staphylocoques hémolytiques et virridans trouvent le chiffre de 40 % de souches résistantes à la pénicilline.

Dans le domaine des entérobactéries, surtout E.Coli 76 % des souches résistances à la streptomycine, 22 % au chloramphénicol, 6 % à l'auréomycine.

Pour le coli on ne rencontre que 2 types :

- le type sensible à tous les antibiotiques
- le type résistant à la streptomycine seule.

Les taux élevés de résistants rencontrés dans les formations hospitalières contrastent avec ceux traités chez les malades isolés. Cette apparition presque mathématique en a fait rechercher la cause dans les réinfections de malades à malades par l'intermédiaire

du personnel hospitalier. Barker en 1949 a montré que dans une maternité, 75 % du personnel était porteur sur la peau et dans les fosses nasales de staphylocoques dont 85 % étaient pénicillino-résistants. Dernièrement il a été aussi isolé une souche de staphylocoque intestinal résistant aux tétracyclines. Dans les hôpitaux la fréquence particulière de certains de certains type E. coli pathogènes montrent bien l'importance de la contagion à partir des germes de l'intestin.

Seuls les hôpitaux renferment les souches résistantes. L'isolement rigoureux des malades est donc nécessaire.

L'emploi d'antibiotiques nouveaux sera lui, capable de modifier le pourcentage de ces souches résistantes.

LES ANTIBIOTIQUES NOUVEAUX.-

SPIRAMYCINE ou ROVAMYCINE

Spectre antibactérien s'exerçant principalement sur les germes gram + pneumocoque notamment. Staphylocoque, streptocoque et le bacille diphtérique.

Martin n'a pas noté de résistance à cet antibiotique. Il n'existe pas non plus de résistance croisée avec d'autres antibiotiques si ce n'est l'érythromycine et encore ce phénomène est inconstant.

La maternité M. Gaud au Maroc a été la première à utiliser cet antibiotique dans les cas d'infections gynécologiques et obstétricales (Tableaux 4-5-6). M. Cismigiu a fait une étude particulièrement détaillée sur l'action de cet antibiotique récent. Depuis d'autres observations sont venues confirmer ses hypothèses : pas de résistance si la dose prescrite est forte dès le début du traitement. Les germes de sortie observés au cours de ces traitements ne sont pas doués de pouvoir pathogène mais possèdent une résistance absolue. De plus l'action de cet antibiotique dans les résistances à la terramycine est remarquable (Tableau n° 7).

TABLEAU N° 4

N°	Diagnostic	Clinique	Germes	Leuco- cytes	Doses Spiramy- cine	Durée hospi- tal.	Contrôle
3666	Suites de couches	Pus	Cutis	11.600	10	6	
515	Suites de couches pelvipéritonite	Pus			18	8	
636	Pelvipéritonite	Pus			10	5	
485	Accouchement normal	Péritonite 40°		15.200	18	12	
796	Pelvipéritonite	Débris putrides			10	6	
3685	Suites de couches	Annexite gauche	Tétragène	18.200	15	8	
695	Péritonite	Pus	Staphylocoque blanc		25	15	Absence de germe
795	Accouchement prématuré	Débris putrides			10	6	
354	Suites de couches	Péritonite	Staphylocoque blanc		25	12	Absence de germe
480	Grossesse de 6 mois	Congestion pulmonaire			10	6	

TABLEAU N° 5

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Bacté- riologie	Leuco- cytes	Doses	Sortie	
3561	Annexite + fibrome	Pus	Hystérec- tomie			15	9e	
34	Avortement	Pus	Curetage	Staphylo- coque doré	18.000	15	6	Diarrhée
797	Rétention placentaire	Débris putrides	Curetage			15	4	
890	Avortement	pus 39°5	Curetage			15	5	
837	Avortement	Perforation utérine	Lapara- tomie			10	8	
610	Avortement	Pertes putrides	Curetage	Cocci+ &-		15	5	Absence de germe
127	Kystes der- moïdes des ovaires		Hystérec- tomie	Staphyloco- que blanc		15	10	
540	Pyosalpinx		Hystérec- tomie	Pyogènes		16	9	

TABLEAU N° 6

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germes	F. Blanche	Dose	Hospital.
814	Accouchement négligé	Infection	Forceps	Cocci + et -		16	12
531	Accouchement négligé	Infection	Forceps	Neisser		15	10
647	Déchirure du cul-de-sac		Accouchement		9.200	10	5
627	Infection		Accouchement		11.000	10	8
631	Epaule négligée	Infection 39°	Embryotomie			10	5
677	Epaule négligée	Infection	Embryotomie			10	5
508	Sommet négligé	Infection 39°5	Forceps		13.400	10	6
520	Rupture utérine	Pus	Hystérectomie		10.400	10	8
722	Sommet négligé	Déchirure du cul-de-sac	Accouchement			15	4

TABLEAU N° 6 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germes	F. Blanche	Dose	Hospital.
149	Putréfaction foetale	Infection	Hystérectomie			10	5
597	Dystocie	Infection amniotique	Césarienne			10	10
748	Procidence du cordon	Liquide teinté	Césarienne			12	8
430	Accouchement négligé	Liquide fétide	Césarienne			10	9
405	Face négligée	Liquide fétide 40°	Césarienne	Staphylo- coque blanc		25	9
784	Dystocie	Affection amniotique	Césarienne			14	10
690	Procidence du cordon		Césarienne			10	8
461	Accouchement négligé	Liquide fétide	Césarienne			15	8
460	Accouchement négligé	Infection amniotique	Césarienne			10	8

TABLEAU N° 6 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germes	F. Blanche	Dose	Hospit.
3560	Accouchement négligé	Liquide fétide	Césarienne			11	8
3619	Accouchement négligé	Infection amniotique	Césarienne			10	8
563	Accouchement négligé	Infection amniotique	Césarienne			10	8
487	Front négligé	Infection 39°5	Césarienne			25	9
29	Accouchement négligé	Infection	Césarienne		15.600	25	20 Suppuration paroi
62	Accouchement négligé	Infection	Césarienne			25	29 Voir observations
3288	Accouchement négligé	Infection amniotique	Césarienne		19.200	12	8
3608	Dystocie		Césarienne			35	22 Suppuration paroi
3410	Dystocie	Infection	Césarienne	Staphylocoque blanc	16.000	11	14

TABLEAU N° 6 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germes	F. Blanche	Dose	Hospit.
932	Epaule négligée		Césarienne			10	14
37	Accouchement négligé	Infection	Césarienne		24.600	25	60
517	Dystocie	Infection	Césarienne			22	17
							Echec Té- tracycline & Terra- mycine Voir obser- vations

N.B.- Dans les 6 premiers tableaux les doses sont données en nombre de comprimés

- Dans les tableaux suivants :

La Pénicilline (P) est chiffrée en centaines de mille d'unités oxford :

P5 = 500.000
P10 = 1.000.000

La Streptomycine (St))
La Terramycine (T)) en nombre de grammes

La Sanclomycine (S) injectable en milligrammes

TABLEAU N° 7

N°	Diagnostic	Clinique	Entretien	Germe	F.N.	Doses	Hos.	Résultats
2702	Ancienne césarienne	Suppura- tion paroi Métrite	Irrigation intra utérine Daquin			R ₃ ³	9	T.B.
1766	Rupture utérine	Néphrite Infection	Hystérec- tomie	Entéro- coque	11.800	R ₅ ³ Tifo2	12	D.C.D.uré- mie. Echech Terra.
1320	Dystocie	Infection 39°5	Césarienne	Staphylo. doré Proteus mirabilis	9.600	R ₃ ⁴ R ₅ ²	22	T.B. anti- biogramme R=o.Echech Terra.2/4j supp.paroi
1446	Acc ^t négligé chez une CL	Infection 39°		Staphylo. blanc	13.000	R ₅ ³	10	A.B. Echech Terra. Py- rexie 3 cas
1277	Accouchement prématuré	Infection 39°	Willet DA+RU curetage		20.000	R ₅ ³	9	Echech Terra TB résultat

R = Rovamycine

R₃ = Rovamycine 3 grammesR₃₃ = Rovamycine 3 grammes pendant 3 jours

TABLEAU N° 7 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Entretien	Germe	F.N.	Doses	Hos.	Résultats
1762	S de C.	Pelvi pé- ritonite. 39° Héma- tome lym- physaïre diarrhée				R ₅ ⁴ G ₈ 11	24	Echec Terra 2g/11j T.B.
1998	Eclampsie	Infection 39°5		Tétragène	26.000	R ₅ ⁵	9	Echec Tifo et magua- mycine
1378	Dystocie non engage- ment ds BGR	Infection 38°5	Césarienne	Absence de germes		R ₃ ⁴	24	T.B. Echec Terra. 2g/ 5 j. Suppu- rat. paroi
1332	DFM dans BGR	Infection 38°5	Césarienne			R ₃ ³	11	Echec Terra 2g/5j T.B.
1355	Sommet	Infection 38° lochies	Forceps épigra.	Staphylo- doré coliba- cille		R ₃ ⁴	9	Echec Terra 2g/4j T.B.
2088	Ostéomalacie	Infection 38°5	Césarienne			R ₃ ³	11	B.

En résumé cet antibiotique s'est révélé très actif dans les affections staphylococciques à entérocoques et à streptocoques. Les résultats les plus surprenants furent obtenus sur des germes résistant à la terramycine et même au chloramphénicol.

Une seule observation nous a donné un germe résistant à la spiramycine.

Observation n° 449 :

Grossesse de 7 mois, accouchement extrahospitalier datant de sept jours. Infection puerpérale évidente. Au toucher vaginal utérus gros, douloureux. Flot de pus. Spiramycine 5 g par jour dans l'attente du résultat du laboratoire. Pus à polynucléaires, flore microbienne excessivement abondante et variée à bacille gram - Cocci gram + isolés ou en chaînette. Culture streptocoque hémolytique. Test de sensibilité.

Pénicilline	+++	Auréomycine	++
Streptomycine	+	Terramycine	++
Chloramphénicol	++	Spiramycine	+

La formule blanche est de 11.800 leucocytes. Dès l'arrivée du résultat nouvelle F.N. 6000 leucocytes. Au point de vue clinique l'état général s'est nettement amélioré, l'utérus involué, les pertes sont moins abondantes et sans odeurs. Le deuxième prélèvement fait isoler un streptocoque hémolytique dont le test de sensibilité est :

Pénicilline	+++	Auréomycine	+++
Streptomycine	+	Terramycine	+++
Chloramphénicol	+++	Spiramycine	+++

Un proteus spirabilis sensible uniquement à la tiamomycine, après 6 g de chloramphénicol la formule blanche chute à 3800.

SANCLOMYCINE

Spectre d'action très étendu : cocci gram positif et gram négatif, bacilles gram négatif, Rickottsies, certains protozoaires et certains virus. La résistan-

ce acquise bactérienne semble moins élevée dans l'ensemble et peut-être plus lente. Nous l'avons employé avec succès dans de nombreux cas d'infections manifestement sévères, par contre nous n'avons pas noté de résistance croisée avec la terramycine telle que l'ont décrite Andrieu, Wright. Bien au contraire dans certains cas de résistance à la terramycine, la sanclomycine s'est montrée efficace. De même nous avons eu un succès par la terramycine dans le seul cas de résistance à la sanclomycine.

Observation 2552.- Césarienne chez une primipare le 12.7.56 pour épaule négligée. Le 13 clocher thermique à 39°C. Sanclomycine injectable 100 mg par jour. Les jours suivants la fièvre oscille entre 38 et 39 jusqu'au 6e jour où elle est mise à la terramycine injectable à 0,25 g par jour. Apyrexie dès le 16.7.56. Le malade quitte le service sur sa demande le 20, apyrétique.

Dans le cas de multi-infection, l'association pénicilline-streptomycine-sanclomycine s'est avérée très active. Il ne semble pas qu'il existe de résistance croisée entre la Sanclomycine et l'association pénicilline-streptomycine.

BASE DU TRAITEMENT

La multiplication des antibiotiques a compliqué le choix et l'indication dans la thérapie courante. Aussi, est-il devenu courant d'associer les antibiotiques au début de tout traitement anti-infectieux.

On peut distinguer plusieurs types d'infections.

- Les infections bien définies, cliniquement constatées. Bien que le traitement évolue parfois sous l'influence de recherches nouvelles, il est en général appliqué sans recherche de laboratoire. Il s'agit avant tout des cas négligés, des gonococcies. Les antibiogrammes ne sont intéressants que comme recherches complémentaires au cours d'un travail systématique.

On aura donc intérêt à commencer par demander une

SANCLOMYCINE - TABLEAU N° 8

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.N.	Doses	Durée trai- tement	Durée Hosp.	Résultats
2020	Tumeur proevia	Césarienne	Infection 39° urémie			S 200	3	4	D.C.D.coma uré- mique
2150	Ostéomalacie	Césarienne	Infection 38°5			S 100	3	9	A.B.
2322	Souffrance foe- tale travail négligé	Césarienne	Infection 39°			S 100	4	8	B.
2362	Dystocie DFM dans BGR	Césarienne bi-itérative	Infection 39°			S 100	3	8	B.
2377	Dystocie foetus siamois	Embryotomie	Infection		12.600	Ti 1,5 S 100	6 3	9	Echec Tifomycine B.
2379	Dystocie DFM dans BGR	Césarienne	Infection 38°			S 100	5	7	T.B.
2427	Accouchement négligé	Césarienne	Infection 39°			S 100	6	13	B.Suppuration paroi
2435	Procidence du cordon	Césarienne	Infection 38°			S 100	3	17	B.Suppuration paroi

SANCLOMYCINE - TABLEAU N° 8 (suite)

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.N.	Doses	Durée Trt	Durée Hosp.	Résultats
2466	Dystocie DFM dans BGR	Césarienne	Infection 40°		15.400	S 100 S 200	4 3	27	T.B. Suppuration paroi
2474	Accouchement négligé. R.P.M. inertie utérine	Césarienne	Infection 38°5			S 100 S 200	3 3	25	B. Suppuration paroi
2480	Dystocie DFM dans BGR	Césarienne	Infection 38°5			S 100	2	9	T.B.
2463	Dystocie DFM dans BGR	Césarienne	Infection 39° Hydroné- phose		14.000	S 100 Strep Rufq	6 4 4	17	B.)) T.B.
2499	Accouchement négligé. B.G.R. inertie utérine	Césarienne	Infection 38°9			S 100	5	9	T.B.
2525	Ostéomalacie	Césarienne	Infection 38°			S 100	5	8	B.
2530	Dystocie DFM dans BGR	Césarienne bi-itérative	Infection 38°		11.600	S 100	5	7	A.B.

SANCLOMYCINE - TABLEAU N° 8 (suite)

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germe	F.N.	Doses	Durée Trt	Durée hosp.	Résultats
2552	Epaule négligée	Césarienne	Infection 39°			S 100 Terra	4 3	8	Echec Sanclomy- cine
2610	Menace de rupture DFM	Césarienne	Infection			S 200	2	5	D.C.D. embolie pulmonaire
2612	Procidence du cordon	Césarienne	Infection 38°			S 100	6	8	B.
2632	Eclamptique	Forceps + épisiotomie	Infection 38°		12.000	S 100	3	13	B.

SANCLOMYCINE - TABLEAU N° 9

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.N.	Doses	Durée traitement	Durée hosp.	Résultats
2137	G.E.U.	Annexectomie	Infection 39°			S 100	2	9	R.B.
2484	Fibrome	Hystérectomie subtotale			6.400	S 100	4	8	B. intervention faite sous couvert d'antibiotique après traitement hormonal
2575	Kyste ovaire droit	Ovairectomie				S 100	5	12	T.B. Intervention faite sous couvert d'antibiotique. Suppuration de la paroi
2501	Rupture utérine	Hystérectomie	Infection 38°5		12.600	Terra _{2g} S 100	3 3	31	Echec Terramycine. Suppuration paroi

SANCLOMYCINE - TABLEAU N° 10

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.N.	Doses	Durée Trt	Durée Hosp.	Résultats
2120	Suites de couches	Hémoculture + Coproculture	Infection 41° diarrhée	Entéro- coque Strep- toco- que Parao- lobac- térium Freundi		S 200	3	13	T.B.
2406	Suites de couches		Néphrite Infection 38°		27.200	S100 S200	6 4	13	Sort sur sa demande

formule sanguine et sa numération, puis en cas d'hyperleucocytose accompagné d'hyperthémie de faire une hémoculture générale qui permettra assez souvent d'isoler le germe en cause.

- Les affections bénignes à germes banaux.

- dans ce groupe figurent aussi les affections qui relèvent d'un traitement local, telles que les épisiotomies, les suppurations de parois, etc...

- Il s'agit le plus souvent d'infections à streptocoques, d'infections urinaires, cystites, intestinales à entérobactéries.

- Le traitement est classique et les armes thérapeutiques puissamment efficaces.

Pratiquement il n'est pas d'usage de recourir au laboratoire. Mais si le cas devient anormal, l'antibiogramme doit être fait sur le germe pathogène (se méfier donc des germes de sortie au cours des traitements aux antibiotiques).

- Les affections classiques à étiologies indéfinies

Il s'agit d'infections à flore complexe, comprenant des germes très sensibles et d'autres que l'expérience a montré très difficiles à éliminer. Ce sont les entérocoques, les staphylocoques d'un côté, les entérobactéries, proteus et coliformes de l'autre.

C'est dans ces cas que l'antibiogramme est nécessaire. Il faut même répéter ces examens régulièrement.

En effet, généralement le laboratoire titre la sensibilité globale de la flore en recherchant l'antibiotique susceptible d'agir sur la totalité des germes. D'où préférence à l'antibiotique qui a le plus large spectre. Il peut être susceptible d'inhiber les saprophytes sans importance et n'est pas forcément le meilleur pour le germe généralement en cause. Dans ce cas seul le travail bactériologique sera utile, la répétition des examens s'avèrera une excellente méthode d'isolement, voire même d'identification des espèces microbiennes; exemple : sélection des germes composant une flore putride vaginale.

L'association de plusieurs antibiotiques actifs

permettra alors d'atteindre des germes de sensibilité différente.

ASSOCIATION D'ANTIBIOTIQUES

Elle sera souhaitable en présence des flores multiples, afin de lutter sur plusieurs fronts. Jawetz et Gunnison avaient classé les antibiotiques en 2 groupes.

Groupe I : Pénicilline, Streptomycine, Bacitracine, Néomycine.

Groupe II : Auréomycine, Chloramphénicol, Terramycine.

- les membres du groupe I sont fréquemment synergiques entre eux, jamais antagonistes;

- les membres du groupe II ont des effets additifs sans être ni synergiques ni antagonistes.

- Si un membre du groupe I est associé à l'un des membres du groupe II, l'effet est fonction de germe.

- antagoniste, si le germe est très sensible aux antibiotiques du groupe I;

- synergique si le germe est résistant aux membres du groupe II.

Mais pour Manier et Quercy, toutes les fois que l'on associe deux antibiotiques appartenant à des groupes différents, le développement de la résistance est sinon absolument évité, du moins retardé et diminué par l'association des deux agents antibactériens.

Inversement lorsqu'on expose une souche à une association de deux antibiotiques apparentés, la résistance bactérienne n'est nullement freinée. Elle peut quelquefois même être augmentée à la suite de l'exposition à l'association.

Les faits permettent de conclure que l'association de deux antibiotiques appartenant au même groupe est

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 11

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
1899	Front enclavé	Infection amniotique	Césarienne B.T.			P5 Stlg	12	24	Suppuration de la paroi
2071	Ostéomalacie	Infection diarrhéique urémie 0,90	Césarienne		R 800	P5 Stlg A	4	11	A.B. tympanisme abdominal
2751	Procidence du cordon	Infection	Césarienne			P5 Stlg	4	8	B.
2660	D.F.M. Bassin asymétrique	Infection	Césarienne bi-itérative	Proteus vulgaris		P5 P10 Stlg	2	15	Résistance des germes à la Terramycine
2739	Boiteuse albumineuse	Infection	Césarienne	Aerobactes	17.100	P5 Stlg	2	9	B.
2747	Front	Infection cystite	Césarienne			P5 Stlg R5c	3	9	
2764	D.F.M.	Infection	Césarienne			P5 P10 Stl	3 7 9	10	A.B.
2663	Front	Infection 40°	Césarienne		10.000	Terra P5 Stlg	3 3 9	29	Echec Terramycine. Suppuration paroi

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 11 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr.	D.H.	Résultats
2821	Fibrome	Suites op. fièvre	Hystérectomie			P10 St1	6	11	T.B.
2851	Dystocie	Infection	Césarienne			P10 St1	3	11	T.B.
3034	Ostéomalacie	Infection 38°5	Césarienne			P10 St1	3	7	B.
3047	Front géme-laire	Infection	Césarienne			P10 St1	3	7	T.B.
3042	K.O. gauche	Infection 39°	Annexectomie pexie			P10 St1	7	10	T.B.
2993	Dystocie	Infection 38°5	Basiotripsie déchirure. du col			P20 St1	6	13	T.B.
2869	Hydrosalpinx bilatéral	Infection 38°	Annexectomie + tubectomie		10.800	P10 St1	5	17	Suppuration paroi T.B.
2987	Placenta proevia proci-dence du cordon	Infection 39°	Césarienne		24.200	P10 P20 St1,5	3 14 14	17	B.
3015	Dystocie	Infection 38°5	Césarienne			P10 St1	4	15	T.B. Suppura-tion paroi

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 11 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
3110	Dystocie	Infection amniotique 38°	Césarienne			P10 St1	6	8	T.B.
2845	D.F.M.	Infection amniotique 38°	Césarienne		31.200	P10 St1	4	8	T.B.
2791	Epaule	Infection 40°	Césarienne			P50 St1	11	13	T.B. Congestion pulm.
2867	Fibrome + ryosalpinx	Infection 39°	Hystérectomie		8.400	P50 St1,5	8	13	T.B.

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 12

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
2017	Suites de couches	Pus masse F.I.G.drainage métrite	Incision	Streptocoque non hémolytique	8.000	P8 Stl	8	16	B.
2332	Suites de couches	Pus vaginal	Prélèvement	Staphylocoque		P5	2	3	
2374	Suites de couches	débris putrides	Curetage			P5 Stl	3	5	B. BB DCD Tétanos
2375	Accouchement normal	lochies fétides				P5 Stl	2	4	T.B.
2380	Accouchement normal	Infection à 39°				P5	3	6	T.B.
1640	Suites de couches	Pus vaginal	Prélèvement			P10	2	3	B.
2416	Accouchement normal	Infection à 38°	Episiotomie			P5	3	6	B.
2409	Suites de couches	Eclampsie que albumine ++ TA 14-9,5		Staphylocoque coccigram +-	8.800	Stl Rip. 3	3	7	B.

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 12 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
2444	Accouchement normal	Lochies fétides cystite	Episiotomie			Stl Rup. 5	2	5	B.
2447	Accouchement normal	Infection 38°				P5	2	5	B.
2438	Suites de couches	Inf. 38°5				P5 4.8	5	7	B.
2497	Acc ^t normal	Pus vaginal Infection 39°				P10	2	5	B.
2506	Siège décomplété	Infection 39°5				P10	2	6	Bon résultat - Enfant mort et macéré
2491	Acc ^t normal	Pus vaginal inf. 38°	Episiotomie			P10	3	5	B.
2674	Acc ^t normal	lochies Infection 38°	Episiotomie			P5	3	5	A.B.
2491	Acc ^t normal	Infection 38° pertes fétides	Episiotomie			P10	3	8	B.

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 12 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr.	D.H.	Résultats
2754	Acc ^t normal	Infection				P5	4	5	B.
2773	Acc ^t normal	Infection lochies				P5 S1	3	6	Metrorragie test à l'hypophyse B.
2708	Acc ^t normal	Hématome symphysaire				P5 S1	5	10	B.
2819	Suites de couches	Infection				P5 S1	7	7	B.
2798	Suites de couches post abortum	Infection ut.péritonite			9.800	P50 St1,5 Terral	10 10	19	T.B. Tableau de septicémie
2975	Acc ^t normal S. de C.	Infection ut.				P10 St1	2	4	T.B.
2994	Acc ^t normal	Infection 38°5				P5 St1	2	3	B.
3009	Acc ^t normal	Infection 39°				P10 St1	2	4	T.B.
3017	Acc ^t normal	lochies 39°5 abcès sein	Episiotomie			P10	2	9	T.B.auréomycine abcès au sein

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 12 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr.	D.H.	Résultats
3087	Suites de couches	Infection 39° Péritonite	Episiotomie			P10 S 1	5	5	T.B.
3133	R.P.M.	Infection amniotique				P8 St1	6	6	T.B.
3173	Suites de couches	Infection 40°				P10 St1	4	6	T.B.
2923	Suites de couches	Infection 38°				P10 St1	2	4	T.B.
2887	Acc ^t normal	Infection 38°8				P10 St1	2	5	B.

P5 = 500.000 U.O. Pénicilline

St1 = 1 gr de streptomycine

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 13

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
1216	Avortement	Perforation ut. infec- tion inté- rieure	Laparatomie + suture		10.800	P5 Stl G.8	2 10	19	Echec terra. Transfusion Bon
2429	Avortement	débris fétides	Curetage s/ couv. anti- biotiques			P5 Stl	3	4	B.
2490	Avortement	Pertes putrides subf.	Curetage			P5	2	5	T.B.
2709	Avortement	débris putrides	Curetage			P5	2	3	B.
2760	Avortement	métrite sal- pingite aiguë inf. 40°	Curetage ss/couv. an- tibiotiques			RO Stl	2 2	4	T.B.
2847	Avortement	Infection	Curetage			P5 Stl	2	4	T.B.
2758	Avortement	Infect. 39°	Curetage s/ antibiot.	Hémocul- ture né- gative		P5 SL TS	4	8	T.B.

G8 = 8 comprimés de Ganidan

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 13 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr.	D.H.	Résultats
3003	Avortement	Débris putrides infection 38	Curetage		4.600	P10 St1	2	5	B.
3032	Avortement	Infection méningée	Curetage			P20 St1	1	1	?
3044	Avortement	41° infect.	Curetage	Tétragène	5.200	P50 St1,5 P100 St1,5	2 2 9	11	T.B.
2753	Avortement	Infection 39°5	Curetage	Staphylocoque bl.	15.200	P40 St1	6	12	T.B. Transfusion
2866	Avortement	Infection 38°5	Curetage			P5 TS10	4	5	T.B.

TS10 = 10 comprimés de Thiazonide

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 14

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
2799	Acc ^t négligé	Infection	Forceps			P5 Stl	2	4	B.
2796	Acc ^t négligé	Infection + H.T.A.	Forceps + épisiotomie		15.000	P20 Stl	5	5	B.
2787	Eclampsie	Infection	Forceps		38.000	P5 P20 Stl	2 3 5	5	B.
2838	Epaule négligée	Infection gangrène utérine	M.I.		12.400	P20 Stl	3	3	D.C.D.le 3e jour
2805	Acc ^t négligé	Infection 38°5	Forceps + épisiotomie			P5	2	5	A.B.
1410	Eclampsie	Urémie	Forceps	Coli.	15.800	P10 Stl R6c		8	Germe de sortie
2476	Procidence du cordon	Infection amniotique	Cranioclasie			P5	3	4	A.B.
2455	Acc ^t négligé	Infection	Forceps + Episiotomie			P5 TS	4	22	Reprise d'épi- siotomie après trait.de 5jrs

H.T.A. = hypertension

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 14 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
2532	Acc ^t négligé	Infection	Forceps + épisiotomie	Entéro- coques		St R5c	6 5	20	Reprise d'épi- siotomie
2333	Placenta proe- via central	Infection 39° Enfant mort	Braxton Hicks		14.000	P5 TS	4	11	B. Transfusion
2415	Acc ^t négligé	Infection Enfant mort	Forceps			P5	3	6	B.
2854	Sommet négligé	Infection 38°5	Forceps			P10 Stl P5	4 2 2	19	A.B. Lochies; lavage intra-utérin
2956	Sommet négligé	Infection 39°	Forceps			P5 Sl	2	4	T.B.
3065	Sommet négligé	Déchirure du col	Forceps			P10 Stl	2	4	T.B.
2857	Proevia	Infection 39°	Version M.I.			P10 Stl	5	7	T.B.
3117	Sommet négligé	Infection amniotique	Forceps			P10 Stl	2	3	B.
3127	Placenta Proevia	Infection	Braxton Hicks		17.400	P10 Stl	3	4	T.B.

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 14 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
3105	Sommet négligé	Infection amniotique	Forceps épisio.			P10 St1	10	10	B.
3020	Sommet négligé	Infection 39°	Forceps déchirure col et S.I.			P20 St1,5	12	13	T.B.abcès cuis- se par I.M.
3150	Sommet négligé	Infection amniotique	Forceps			P10 St1	3	3	T.B.
3188	Sommet négligé	Infection amniotique	Forceps			P10 St1	2	3	B.
3135	Sommet négligé	Infection 39°	Forceps + épisio.			P10 St1	6	7	T.B.
2881	Proevia	Inf. 38°	Braxton Hicks			P10 St1	3	4	T.B.
2858	Procidence du cordon	Infection amniotique	Forceps			P10 St1	2	5	T.B. cystite
2889	Sommet souffrant ce foetale	Infection amniotique	Forceps			P50 St1	2	3	B.
2880	Sommet, arrêt progression	Infection amniotique	Forceps			P5 St1	2	3	B.

PENICILLINE-STREPTOMYCINE - TABLEAU N° 14 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	D.Tr	D.H.	Résultats
2928	Sommet, lentueur d'expulsion	Infection amniotique	Forceps			P5 Stl	2	3	B.
2924	Sommet, lentueur d'expulsion	Infection amniotique	Forceps			P5 Stl	3	4	T.B.
2904	Dysotcie des épaules D F M	Infection 39°5	Forceps			P10 Stl	3	5	T.B.
2903	Eclampsie	Infection	Forceps	Paracoli Freundi	15.600	P20 Stl	4	5	T.B.

D F M = Disproportion foeto-maternelle

donc à déconseiller, même si l'action bactériostatique ou bactéricide d'une telle association ne démontre aucun effet antagoniste immédiat (résistance croisée). Inversement l'association de deux antibiotiques agissant indépendamment aura toujours une action favorable pour retarder ou pour empêcher la résistance bactérienne.

Si l'association pénicilline-streptomycine est synergique c'est parce qu'il n'existe pas de résistance croisée entre ces deux agents vis-à-vis des germes usuels tels que staphylocoques et entérocoques. Nous l'avons utilisé dans de très nombreux et très variés cas d'infection avec de bons résultats : tableaux ci-après.

Or bien souvent dans l'antibiothérapie courante des deux actions bactériostatique et bactéricide, c'est la première qui joue le rôle prépondérant. Aussi quand il s'agit d'infections aiguës relativement bénignes, ou d'infections subaiguës, nous n'hésitons pas à associer des sulfamides.

dans les cas aigus : Thiazomide + pénicilline

Tétrasyulfamides + pénicilline
ou streptomycine

dans les cas chroniques : Propidon

Pénicilline

Thiazomide ou tétrasulfamides

Dans l'ensemble les résultats sont excellents. Il nous est même arrivé de vaincre par cette association une résistance acquise par un antibiotique seul (Tableau n° 18). Cette dernière thérapeutique a aussi l'avantage de respecter les deux règles prônées par Manier et Quercy.

- Toutes les fois qu'en thérapeutique clinique un risque de résistance est à craindre, il y a avantage à associer deux agents appartenant à des groupes différents, c'est-à-dire ne présentant entre eux aucune possibilité de résistance croisée.

- Lorsqu'on associe deux antibiotiques appartenant

à un même groupe, au lieu de diminuer le danger de résistance bactérienne, on risque de l'augmenter.

COMPLICATIONS DU TRAITEMENT ANTIBIOTHERAPIQUE

COMPLICATIONS RENALES

La streptomycine :

A quelquefois occasionné de légères altérations rénales : après la première semaine de traitement, il existe dans le culot urinaire quelques cylindres hyalins et granuleux et une albuminurie légère dépassant rarement 1 ‰. Mais il faut pour cela donner des doses quotidiennes de deux grammes au moins.

C'est pour cette raison que nous ne dépassons jamais 1,5 gramme par jour.

COMPLICATIONS SANGUINES

On observe parfois au cours des traitements aux antibiotiques des anémies légères du type hypochrome ou monochrome.

Mais il est en pareil cas très difficile de faire la part de la responsabilité respective de l'état infectieux, de la carence alimentaire du malade et de l'action toxique propre de l'antibiotique. Ce fait a relativement peu d'importance car son caractère transitoire le rend bénin.

Plus graves sont les anémies aplastiques aiguës rencontrées au cours de traitement prolongé au chloramphénicol. C'est pour cette raison que nous l'employons très peu souvent, le terrain favorablement carencé de nos malades nous incite à la prudence vis-à-vis de ces accidents brutaux et difficilement curables.

S'il nous arrive de l'ordonner, nous le faisons pour des traitements de courtes durées et à faibles doses, le plus souvent en association.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 15

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
2477	Acc ^t normal	épisiotomie	lochies fétides			10	3	4	B.
2540	Acc ^t normal	épisiotomie	lochies			10	5	5	T.B.
2523	Acc ^t normal	épisiotomie	lochies			10	5	7	B.
2569	Acc ^t normal	épisiotomie	lochies			10	4	5	B. S.S.D.
2580	Acc ^t normal	épisiotomie	lochies			10	4	5	B.
2834	Suites de couches		lochies			10	2	4	T.B.
2856	Suites de couches		Infection 38 lochies			10	2	5	T.B.
3064	Acc ^t normal	épisiotomie	lochies 38 infec.			10	2	6	T.B.
2883	Acc ^t négligé procidence MS	épisiotomie	lochies infec. 38			10	3	6	B.
2961	Acc ^t normal	épisiotomie	lochies			10	2	6	T.B.
3169	Acc ^t normal		lochies fétides			10	2	4	B.
2932	Acc ^t normal		lochies			10	2	3	B.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 16

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
2382	Avortement	Curetage	Infection			10	3	6	B.
2386	Avortement	Curetage				10	2	2	B.
2456	Avortement	Curetage				10	2	3	A.B.
2616	Accouchement	Délivrance artificielle				10	2	3	B.
2681	Accouchement	Révision Ut. DA + RU				10	2	3	B.
2608	Métrorragies	Curetage	endomé- trite Infectieuse			10	3	11	B.
2711	Avortement	Curetage	débris pu- trides inf. 39°			16	2	3	T.B.
2729	Accouchement à domicile	Révision Ut.	Infection			10	2	3	T.B.
2734	Avortement	Curetage				10	2	3	B. sort sur sa demande
2728	Avortement	Curetage				10	2	3	B.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 16 (suite)

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
2737	Avortement	Curetage	Placenta chair à saucisse			10	2	3	B.
2716	Avortement	Curetage	Infection lochies			10	2	4	B.
2740	Avortement	R. U.				16	2	3	B.
2785	Avortement	Curetage	Infection 38°5			10	2	4	B.
2792	Avortement	Curetage				10	2	2	B.
2809	Avortement	Curetage				10	2	3	B.
2825	Avortement	Curetage				10	2	3	B.
2822	Avortement	Curetage				10	2	3	B.
2876	Avortement	Curetage				10	2	3	B.
2870	Avortement	Curetage	Infection			10	2	2	B.
2827	Avortement	Curetage				10	2	4	B.
2846	Avortement	Curetage	Infection			10	2	3	T.B.
2844	Avortement	Curetage	Pertes fétides			10	2	3	T.B.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 16 (suite)

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
2826	Avortement	Curetage				10	2	3	B.
2817	Avortement	DA + RU				10	2	4	B.
2843	Avortement	Curetage				10	2	3	T.B.
2875	Avortement	Curetage	Infection			10	2	3	B.
2883	Avortement	Curetage	Infection			10	2	3	B.
3099	Avortement	Curetage	débris putrides			10	2	3	B.
3093	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
3078	Acc ^t géminaire	DA + RU	lochies			10	3	5	T.B.
3077	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
3067	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
3183	Acc ^t géminaire Proevia	Curetage	Placenta acreta			10	2	3	B.
3184	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 16 (suite)

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
3171	Métrorragies	Curetage	Endomé- trite Infectieuse			10	3	4	B.
3176	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
3180	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
3161	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
3154	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	T.B.
2944	Avortement	Curetage	débris fétides			10	3	3	B.
2940	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
2939	Métrorragies	Curetage	Endomé- trite Infectse			10	2	3	B.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 16 (suite)

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
2936	Avortement	Curetage	Placenta chair à saucisse débr. putr.			10	2	3	T.B.
2952	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	T.B.
2955	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
2894	Avortement	Curetage	débr. fétid. acreta			10	3	4	B.
2978	Avortement	Curetage	débris fétides			10	3	4	T.B.
3025	Rétention placentaire	Curetage	débris fétides			10	2	3	T.B.
2929	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
2927	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
2921	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	4	B.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 16 (suite)

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
2846	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
2916	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
2910	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	3	B.
2873	Métrorragies	Curetage	Endomé- trite Infectieuse			10	2	2	B.
2190	Avortement	Curetage	débris fétides			10	2	13	B. Tr.hormonal
3120	Avortement	Curetage	débris putrides			10	2	3	T.B.

SULFAMIDOTHERAPIE - TABLEAU N° 17

N°	Diagnostic	Intervention	Clinique	Germes	F.B.	Doses	Durée T	Durée H	Résultats
2746	Sommet négligé	Forceps	lochies infection			10	3	4	A.B.
2795	Sommet négligé	Forceps							
2358	Sommet en D.P.	Forceps	Infection			10	3	6	B.
2467	Sommet négligé	Forceps + épisiotomie	Infection lochies						
2472	Sommet de B.T.R	Forceps + épisiotomie	-			10	3	5	B.
2638	Sommet	Forceps + épisiotomie	-						
2699	Epaule	Version M.I. sur BB mort et macéré	Infection			10 P5	2 2	7	T.B.
						10	2	4	B.

TRAITEMENTS ASSOCIES - TABLEAU N° 18

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germes	F. B.	Doses	Dur. T	Dur. H	Résultats
1465	Suites de couches phlegmon du ligament large	Infection 40° Péritonite		Staphy. Strept.	11.600	Terra 2 P2 T5 Propi- don	4 5	13	T. B. Echec Terra. Dissociation antibiogramme clinique
1508	Suites de couches	Collection cul-de-sac gauche Pertes fé- tides pu- rulentes		Entéro & Sta- phyl- coques	13.000	T5jP T5 Péni.	5	8	T. B. résistance tous antibio- tiques
1866	Rupture utérine	Infection 39°5 fétides purulentes		Entéro- coque Proteus spira- lilis		Terr2 P2T5 Pro- pidon	11 5	25	T. B. Apyrexite totale obtenue grâce au T5j
1904	Suites de couches	Infection 39°5 Péritonite				P10 St1 T5j T5j	3 5 5	9	Echec péni- strepto. T. B.
2201	Sommet	lochies fétides	Forceps épisiotomie				5	16	Reprise d'épi- sio. T. B.

TRAITEMENTS ASSOCIÉS - TABLEAU N° 18 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germe	F.B.	Doses	Dur. T	Dur. H	Résultats
2206	Sommet négligé	lochies + pus	Forceps + épisiotomie			T5j	5	14	Reprise épisio. T.B.
2079	Sommet négligé	lochies + pus	Forceps + épisiotomie	Sta-phylo-coque Entéro.		T5j échec pénic.	5	30	Résistance aux antibiotiques. Reprise épisio. T.B.
2349	Suites de couches pathologiques	lochies infection 40 de la symphyse pel.				T5j	5	15	T.B.
2393	Avortement	Péritonite infection 38°		hémoculture négative	12.800	T5j Terra ₄	5 4	18	Echec Terra T.B.
2407	Avortement	Salpingo-mérite				T5j	5	7	T.B.
2455	Sommet	Infection lochies	Forceps + épisiotomie			T5j	5	22	Reprise du périnée. T.B.
2505	Avortement	Infection 38°5	Curetage			T5j	5	7	T.B.

TRAITEMENTS ASSOCIES - TABLEAU N° 18 (suite)

N°	Diagnostic	Clinique	Intervention	Germes	F.B.	Doses	Dur.T	Dur.H	Résultats
2613	Suites de couches	Infection 38°5 pus cys- tite		Strep- toco- que		T5j Rufol	5 5	12	Résistance aux antibiotiques T.B.
2829	Metrorragies	Endomé- trite Infect.	Curetage			T5j	5	4	T.inachevé Bons résultats

LES SUPPORTS DE L'ANTIBIOTHERAPIE

Mais dans cette lutte contre les maladies infectieuses, il arrive que malgré les armes antibiotiques on aboutisse à un échec. C'est alors que le support hormonal et nerveux peut contribuer à observer de réels succès.

LE SUPPORT HORMONAL

Il est représenté par l'ACTH, la cortisone et plus couramment la cortine naturelle. Il semble que la présence de l'une quelconque de ces hormones dans la thérapeutique des maladies infectieuses renforce l'action réelle des antibiotiques. L'indication majeure est la septicémie. Il est à noter toutefois que l'action de la cortine ne semble efficace qu'à forte dose pendant cinq jours minimum.

Nous avons observé au cours d'une septicémie du post abortum arrivée à la maternité dans un état lamentable - pouls et tension imprenables, sueurs profuses, teint cireux, polypnée - en hypothermie - une résurrection à partir du troisième jour dès l'instauration du traitement aux antibiotiques : Pénicilline 5 millions d'unités, streptomycine 1 g 50, terramycine 0,25 g, le tout en perfusion intraveineuse associée à 100 milligrammes de cortine par jour en intramusculaire. Dès le 8e jour, l'apyrexie est définitivement installée. Le traitement est poussé jusqu'au 12e jour où toute thérapeutique est suspendue. La malade quitte le service le 19e jour. D'après le contexte clinique, malgré une hémoculture négative, il s'agirait vraisemblablement d'une septicémie à staphylocoque. Il n'y a pas eu de localisation pulmonaire.

LE SUPPORT NERVEUX

Il est avant tout représenté par les ganglioplégiques du groupe chlorpromazine. Avec Laborit s'est établie depuis quelques années la conception d'une neuroplégie, c'est-à-dire d'une inhibition profonde mais contrôlée et temporaire du système neurovégétatif tout entier, en vue de limiter les réactions organiques à l'agression et de provoquer un hypométabolisme salutaire.

Nous avons eu d'excellents résultats en utilisant la chlorpromazine par voie intra-veineuse dans les formes aiguës des septicémies et de l'éclampsie, ainsi que les ruptures utérines.

Toutes les éclamptiques sont traitées systématiquement dans le service par le cocktail lytique - à savoir phénergan gardénal, dolosal et largactil auxquels on associe du sulfate de magnésie et de la novocaïne - que l'on fait passer en intraveineux dans un flacon de 500 cm³ de sérum glucosé. Il n'est pas nécessaire d'administrer de fortes doses d'antibiotiques pour obtenir l'apyrexie. La voie intra-veineuse est maintenue tant que l'hypertension et l'albuminurie persistent. Aussitôt que la T.A. redevient normale, la voie intra-musculaire est utilisée jusqu'à ce que tous les phénomènes de l'aclampsie disparaissent.

Dans les formes subaiguës des infections du post partum, le cocktail lytique est employé dès le début en intra-musculaire.

Quant aux septicémies, rappelons que dans l'observation précédente, en même temps que la cortine et les antibiotiques était administré le cocktail lytique par la perfusion. Le résultat fut rapide. Dès le lendemain, la malade qui était entrée avec 35°6 de température avait 39°C de fièvre.

CONCLUSIONS

- 1°) Durant la période écoulée entre le mois de janvier et la fin du mois d'août 1956, 2835 femmes ont été hospitalisées dans la maternité de l'hôpital, soit pour y accoucher, soit pour y subir une intervention quelconque. Sur ces 2835 femmes, 1111 ont été traitées par les antibiotiques pour une infection d'origine obstétricale ou gynécologique, à titre curatif et non prophylactique, soit 40 % en moyenne.
- 2°) Les 1111 cas d'infection ayant été l'objet d'un traitement curatif se répartissent comme suit :

Sommets	11 %	d'infectés
Sièges	53 %	"
Faces	60 %	"
Fronts	100 %	"
Epaules négligées	100 %	"

Si l'on fait exception des sommets qui par leur caractère normal n'influence que très peu le taux de morbidité, on comprend aisément l'indice élevé des interventions sur un terrain infectieux.

Césariennes	98,5 %	d'infectés
Forceps	83 %	"
Curetages	71 %	"
Embryotomies	100 %	"
Ruptures utérines	100 %	"
Rétentions		
placentaires	47 %	"
Placenta proevia	76 %	"

3°) Sur les 1111 cas traités par l'antibiothérapie nous rapportons ici les détails de 270 observations s'établissant ainsi :

94 cas traités par l'association pénicilline-streptomycine

25 cas traités par la sanclomycine

60 cas traités par la rovamycine

58 cas traités par les sulfamides

14 cas traités par l'association propidon-sulfamides et un antibiotique au choix : soit pénicilline-streptomycine, soit streptomycine seule.

4°) Traitement par association pénicilline-streptomycine.

24 observations -

(Tableau 11)

17 césariennes dont

- 4 pour présentation du front
- 2 pour épaule négligée
- 2 pour bassin ostéomalacique
- 7 pour disproportion foeto-maternelle
- 2 pour procidence du cordon

- 2 hystérectomies dont 1 pour pyosalpinx
1 pour fibrome utérin
- 2 annexectomies
- 1 basiotripsie

(Tableaux 12 et 13)

- 9 suites de couches pathologiques
- 18 accouchements avec infection amniotique et suites de couches pathologiques
- 1 siège décomplété avec enfant mort et macéré
- 13 curetages ramenant des débris purulents avec infection générale manifeste.

(Tableau 14)

- 3 forceps pratiqués pour accélérer l'accouchement d'éclamptiques
- 21 forceps appliqués sur des sommets négligés
- 2 versions par manoeuvres internes sur enfants morts pour présentation de l'épaule négligée
- 3 manoeuvres de Braxton Hicks pour placenta proevia
- 1 cranioclasie sur enfant mort par procidence du cordon.

5°) Traitement par Rovamycine

60 observations

(Tableaux 4-5 et 6)

- 24 césariennes dont 10 pour présentation du sommet négligé
 - 1 pour présentation du front
 - 1 pour présentation de la face
 - 1 pour épaule négligée
 - 2 pour procidence du cordon
 - 1 pour bassin ostéomalacique
 - 8 pour disproportion foeto-maternelle
- 2 embryotomies pour épaules négligées
- 4 forceps sur des présentation du sommet négligé
- 3 hystérectomies pour ruptures utérines
- 3 hystérectomies pour kystes de l'ovaire (2) et fibrome utérin (1)

5 curetages ramenant des débris fétides
10 suites de couches pathologiques.

6°) Traitement par Sanclomycine

25 observations

17 césariennes dont 2 pour bassin ostéomalacique
7 pour disproportion foeto-
maternelle
4 pour présentation du sommet
négligé
1 pour présentation de l'épau-
le négligée
2 pour procidence du cordon
1 pour tumeur proevia
1 embryotomie sur foetus siamois morts et macérés
1 forceps pour crise d'éclampsie
2 hystérectomies dont l'une pour fibrome utérin
l'autre pour rupture
utérine
2 annexectomies
2 suites de couches pathologiques.

7°) Traitement par sulfamides

77 observations

58 curetages dont 39 ont ramenés des débris pla-
centaires fétides et purulents
12 accouchements normaux ayant nécessité une épi-
siotomie menacée par des lochies
6 forceps dont les suites de couches étaient peu
infectieuses
1 version podalique sur enfant mort et macéré.

8°) Traitement associé

14 observations

6 suites de couches pathologiques dont 4 ont
résisté au traitement antibiotique pur
4 sommets négligés suivis d'application de for-
ceps sur des femmes en début de péritonite
1 rupture utérine (en association avec la terra-
mycine)

3 avortements suivis de curetages ramenant des débris putrides.

9°) Les règles que nous avons observées peuvent être formulées comme suit :

I - Dans le cas d'urgence :

1°) s'il n'y a pas de température, un traitement standard est institué, s'appuyant sur l'association d'antibiotique le plus actif dans le cas considéré. Le plus souvent association pénicilline, streptomycine, ou bien alors traitement dit de cinq jours.

2°) s'il y a de la température. Une formule numération ainsi qu'une hémoculture générale sont demandés. En attendant les résultats du laboratoire, on prescrit des antibiotiques à spectre étroit - association pénicilline-streptomycine ou mieux rovamycine - à fortes doses pour éviter les résistances acquises. Une fois que le germe et l'antibiogramme sont connus, le traitement est modifié si c'est nécessaire.

II - Dans le cas d'infection subaiguë :

Si les conditions cliniques le permettent un prélèvement est fait. Le résultat est une flore complexe. L'antibiogramme est alors précieux. Chaque germe est testé. L'indication est l'association des antibiotiques en prenant soins de ne pas mélanger les antibiotiques du même groupe pour empêcher les résistances acquises.

III - Enfin si l'état général le demande, les ganglioplégiques et les hormones sont employés.

10°) Les RESULTATS

Sur 270 cas observés en quatre mois, 4 décès ont été enregistrés :

2 césariennes, 1 par crise d'urémie, 1 par embolie pulmonaire

- 1 rupture utérine par crise d'urémie
- 1 version podalique

Quant au taux de morbidité maternelle il est de :

- 0 % dans les cas traités par les sulfamides seules
- 20 % dans les cas traités par l'association pénicilline et streptomycine
- 30 % dans les cas traités par la sanclomycine
- 30 % dans les cas traités par la rovamycine
- 50 % dans les cas traités par l'association propidon sulfamides et antibiotiques.

Au total le taux de morbidité maternelle est de 24 %, celui de mortalité maternelle de 1,5 %.

BIBLIOGRAPHIE

- BENHAMOU, DESTAING,
SORREL Les résultats de l'antibiothérapie (XXXe Congrès français de Médecine, 1955)
- BICKEL Les manifestations allergiques et toxiques des antibiotiques (XXXe Congrès français de Médecine, 1955)
- CHAPRON Thèse Bordeaux 1953. L'ostéomalacie en milieu marocain
- CISMIGIU Les antibiotiques en obstétrique (Maroc Médical 358.34.55)
- CISMIGIU Facteurs de mortinatalité et dystocie en milieu marocain (Maroc Médical 330.31.52)
- CISMIGIU Les antibiotiques en obstétrique (Maroc Médical 371.35.56)
- JOLLY, BENICHOU,
NAULET ALAMI Etude sur l'activité inhibitrice des différents antibiotiques sur 507 souches microbiennes directement isolées de l'organisme (Maroc Médical 371.35.56)
- MAYER Les indications techniques et résultats de la pénicillinothérapie dans infections d'origine obstétricale (Gynecologia vol.124, fasc.2 - art.174)
- PORTES, MAYER,
LEMERRE Résultats maternels et infantiles dans une série de 304 cas d'opérations césariennes traitées par pénicillinothérapie 1945-1949 (Gynécologie obstétrique T.49 n° 1 1950)

- PORTES & MAYER
De la pénicillinothérapie au cas d'infection de nature obstétricale (Congrès français de la pénicilline, 1946)
- MOLLARET & BASTIN
La rançon des antibiotiques (XXXe Congrès français de Médecine, 1955)
- MARTIN, CHABBERT, SUREAU, VERON, L. MARTIN
Intérêt des antibiotiques nouveaux et des données du laboratoire (XXXe Congrès français de Médecine, 1955)
- REILLY, CAMPAGNON, TOURNIER & BASTIN
Les accidents par lyse microbienne au cours de l'antibiothérapie (XXXe Congrès français de Médecine, 1955)
- SEDAILLAN, BERTOGE, CARRAZ
Les associations d'antibiotiques. (XXXe Congrès français de Médecine, 1955)
- WELSCH
La résistance bactérienne aux antibiotiques (XXXe Congrès français de Médecine, 1955)
-

VU

Le Président du Jury
Le Dr VARANGOT, Professeur

VU

VU
Le Doyen
Le Dr Léon BINET

et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Mr Jean SARRAILH

